Dr C. BENOIT
Ancien interne des Hôpitaux
de Paris
Médaille d'Argent du Ministère de l'Intérieur

DES
KYSTES HYDATIQUES
DE LA
Cavité pelvienne chez la Femme



PARIS
SOCIÉTÉ D'ÉDITIONS SCIENTIFIQUES
PLACE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE
4, Rue Antoine-Dubois, 4

1897

A mon ami Maurice ALBERT

7 Avril 1897.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR TARNIER

MON PRÉSIDENT DE THÈSE

A Monsieur le Professeur LABOULBÈNE

Externat 1889

A Monsieur le Docteur Léon LABBÉ

Externat 1890

A Monsieur le Docteur FÉLIZET

Internat provisoire 1891-92

A Monsieur le Docteur JOSIAS

Internat 1893-94-96

A Monsieur le Docteur BABINSKI

Internat 1894

A Monsieur le Docteur ROUTIER

Internat 1895

A Monsieur le Docteur DOLERIS

Internat 1896

A Monsieur le Docteur André PETIT

A MESSIEURS LES DOCTEURS

BRAULT, de GENNES, HARTMANN, LEGUEU,
MAYGRIER, MICHAUX, RICARD, VARNIER, WALTHER

MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

Respectueux hommage.

Historique

Les premières observations mentionnant une tumeur kystique à échinocoques remontent au début de ce siècle. Le premier cas fut signalé par Park en 1817 ; puis viennent les communications de Roux 1828, Basset 1832, Dubois 1838.

Charcot, Leudet, Trousseau publièrent également des observations de kyste hydatique du bassin.

Le premier travail d'ensemble sur la question est dû à Villard en 1878, dans les Annales de gynécologie. Il put relever douze observations depuis le cas de Park.

Freund, en 1880, put retrouver dix-huit nouvelles observations. Il étudia tout particulièrement l'origine, la pathogénie et les localisations de ces kystes.

Brose (thèse de Gœttingen, 1882) reprit le travail de Freund au point de vue de la pathogénie. C'est le premier travail où l'ablation des kystes hydatiques du bassin par la laparotomie est décrite d'une façon complète.

Le mémoire de Porak (1884) envisage tout spécialement les kystes hydatiques au point de vue de la dystocie ; on y trouve douze observations nouvelles.

Je citerai encore les articles de L. Tait dans son traité des maladies des ovaires (1886) et ceux de Bland Sutton dans son livre sur les affections des ovaires et des trompes.

Secheyron et Péan, au congrès de Toulouse (87), pré-

sentent un mémoire sur les kystes de l'utérus, ce travail traite surtout les kystes hydatiques.

Dans ces dernières années, Tillaux, Bouilly, Potocki, Thierry, en France, Schmid, March, Wallace à l'étranger, eurent l'occasion d'observer et d'opérer des kystes hydatiques de la cavité pelvienne. Enfin, il y a quelques mois, mon maître Doleris eut l'occasion d'enlever par la laparotomie un kyste hydatique double des trompes, c'est le premier fait de ce genre qui ait été signalé. Je le présentais à la Société anatomique, et quelques jours après M. Doleris en fit une communication détaillée à la Société de gynécologie.

Fréquence

Les kystes hydatiques sont donc une affection très rare. En compulsant soigneusement toute la littérature médicale je suis arrivé à en relever à peine une centaine de cas.

Sur ce nombre, il en est fort peu dont la situation anatomique ait été précisée bien clairement. Le plus souvent, il s'agit de kystes siégeant dans le petit bassin ayant contracté des adhérences multiples avec les organes voisins, sans qu'il ait été possible de déterminer leur point de départ. La plupart sont sous-séreux et indépendants des organes de la cavité pelvienne.

Quelques-uns cependant ont pris naissance dans ces derniers ; Brőse a opéré un kyste de l'ovaire, les kystes utérins ont été observés plusieurs fois (Péan, Porak) ; enfin le cas de Doleris prouve que les trompes peuvent également donner naissance à des kystes à échinocoques.

Les localisations organiques de ces kystes varient suivant la vascularisation des organes.

D'après Davaine, au point de vue des organes du petit bassin, les kystes se localisent :

Dans : Utérus 0,02 %.
Ovaire 1,1 %.
Cavité 7 %.

J'ai relevé les différents cas nettement classés au point de vue du siège et j'ai trouvé sur 88 cas :

Ovaires, 3.
Utérus, 23.
Trompes, 1.
Cavité, 61.

Mais la plupart des auteurs ne disent pas si le kyste est contenu dans l'organe lui-même ou s'il lui est seulement accolé. Cette statistique ne peut donc rien avoir de précis.

Blanchard a dressé un tableau donnant la fréquence des localisations des kystes hydatiques sur les différents organes d'après les observations de Davaine, Bœker, Neisser Madelung. Les organes de la cavité pelvienne viennent au dixième rang.

Siège, Origine, Forme

La localisation précise des kystes est très difficile à faire. Ceux-ci ont contracté avec les différents organes du petit bassin des connexions tellement étroites qu'il est souvent fort malaisé de leur assigner tel ou tel point de départ. Freund est d'avis que tous ces kystes sont d'abord sous-séreux, et qu'ils ne sont jamais développés à l'intérieur même d'un organe de la cavité. Il a raison dans la grande majorité des cas ; et souvent des kystes classés comme ayant débuté dans un viscère sont, après examen approfondi, reconnus d'origine sous-péritonéale et extra-viscérale. Mais un certain nombre de faits très précis nous montrent qu'il n'en est pas toujours ainsi. Esquirol, à l'autopsie d'une aliénée qui s'était suicidée, découvre, en même temps que deux kystes hydatiques du foie un kyste de même nature dans l'ovaire gauche. Bröse publie une observation de kyste nettement ovarique. Le kyste signalé par Doleris était développé dans les deux trompes utérines qui, malgré leur énorme volume, ne s'étaient rompues nulle part et formaient l'enveloppe extérieure de la tumeur. Il en est de même pour les observations de kyste de l'utérus publiées par Péan.

Par rapport à l'utérus organe central de la cavité

pelvienne chez la femme, le siège habituel de ces kystes est le suivant par ordre de fréquence (Porak) :

En arrière de l'utérus,	10
Cloison recto-vaginale,	4
Cul-de-sac de Douglas,	2
En avant de l'utérus,	2
En avant et sur les côtés,	2
En arrière du rectum,	1
Tumeurs multiples,	4

Plusieurs kystes découverts et opérés dans la cavité pelvienne n'y avaient pas pris naissance. Ils descendaient de la cavité abdominale ; du foie (Freund), de la rate (Delbet, *Journal des Sciences médicales de Lille,* 84, Sadler.

Quelquefois ils se développent non dans la cavité pelvienne mais sur sa paroi elle-même, soit dans un muscle, soit même aux dépens de l'os iliaque.

Enfin, un certain nombre de ces tumeurs ont été trouvées dans la paroi vaginale : Porak, Doleris, Pauls.

Les kystes hydatiques sont en général arrondis, sans bosselures ni inégalités. Dans le cas de Doleris (trompe), ils avaient un aspect tout spécial rappelant la forme des anses intestinales.

Leur volume est très variable; très petits ils ne causent aucune gêne et passent inaperçus. Ils ne commencent à se manifester par des troubles de compression que lorsqu'ils ont atteint le volume d'une orange. Ils peuvent devenir très gros, dépasser la cavité pelvienne et remonter jusqu'à l'ombilic.

Leur surface est lisse, blanche-nacrée, et par places on trouve des brides fibreuses les unissant d'une façon

étroite aux organes pelviens, au péritoine pariétal, à l'intestin.

Leur consistance est absolument caractéristique, elle est dure et élastique en même temps ; elle rappelle beaucoup celle des tumeurs fibreuses de l'utérus. Mais le plus souvent il y a un certain degré de fluctuation qui permet de reconnaître une tumeur liquide. La consistance est égale partout. Ce point est capital au point de vue du diagnostic.

Pathogénie

Freund, et après lui Bröse, ont recherché comment les hydatides pouvaient arriver jusqu'à la cavité pelvienne.

Leur opinion, partagée par presque tous les auteurs, est que les échinocoques arrivent là par la voie sanguine. Partis du foie par la veine cave, ou de l'intestin par les lymphatiques, ils vont dans le cœur droit, dans la circulation pulmonaire dans le cœur gauche, et sont lancés de là dans la circulation générale. Ce qui le prouve c'est qu'on a trouvé des vésicules dans les vaisseaux lymphatiques (Bröse).

L. Tait croit que l'invasion du péritoine par les hydatides se produit par rupture d'un sac du foie permettant aux échinocoques de venir se greffer directement sur la séreuse. (Voy. obs. II. Cas de Tissier).

Secheyron pense que la migration peut avoir lieu de trois façons :

1° Par voie sanguine ;

2° Par effraction des tuniques intestinales ;

3° Par rupture d'une vésicule fille d'un kyste abdominal du foie, de l'épiploon, du rein.

Symptômes

Kystes de la cavité pelvienne en général

Les symptômes du début sont très difficiles à observer. La tumeur est déjà volumineuse quand elle provoque des accidents.

Au début les malades éprouvent de légères douleurs dans le bas-ventre, elles sont dues à une irritation circonscrite du péritoine.

Ces douleurs surviennent par crises et à intervalles plus ou moins éloignés. A chaque poussée, et sous l'influence de cette irritation péritonéale il se forme des adhérences de plus en plus solides de la tumeur avec les organes voisins. Souvent les crises douloureuses coïncident avec la période menstruelle.

Quand le kyste a acquis un certain volume il se manifeste surtout par des troubles de compression.

La constipation a été notée dans un grand nombre d'observations, le rectum est fortement comprimé, quelquefois même au point d'être ulcéré (Obs. Trousseau). Il en est de même du côté de la vessie ; la miction arrive souvent à être notablement gênée, la vessie se dilate. Cette dilatation peut gagner les uretères, et il peut survenir des troubles rénaux et même de l'hydronéphrose.

Les douleurs vont en s'accentuant tant que la tumeur reste confinée dans la cavité pelvienne. Elles diminuent

au contraire dès que celle-ci, en raison de son volume croissant, se trouve repoussée vers la cavité abdominale. Elles sont très variables de siège et d'intensité, suivant les parties comprimées par le kyste et suivant le siège d'implantation de celui-ci ; elles sont intermittentes.

Ces signes n'ont, comme on le voit, rien de caractéristique, ils sont communs à un grand nombre de tumeurs du petit bassin.

L'exploration donnera des renseignements plus précis.

Le toucher vaginal est quelquefois douloureux et difficile (Barré). La tumeur se trouve située en général près de l'orifice vulvaire, elle fait bomber fortement le cul-de-sac vaginal.

L'utérus est déplacé, remonté et repoussé soit en avant soit en arrière suivant le siège du kyste par rapport à cet organe. Le col est souvent effacé, le fond de l'utérus est fixé, comme enclavé entre la tumeur et le bassin, il est impossible de le mobiliser.

La sensation donnée par le toucher de la tumeur est assez caractéristique ; c'est celle d'une masse arrondie, dure et élastique en même temps. La consistance est uniforme partout, il n'y a pas de places plus fluctuantes ou plus dures, comme dans le sarcôme kystique par exemple. Les fibrômes seuls ont ce caractère de commun avec le kyste hydatique. C'est ce qui le fait confondre le plus souvent avec ce genre de tumeur. Il est à remarquer que cette dureté toute particulière du kyste augmente encore au moment du travail quand la tumeur coïncide avec une grossesse.

Le toucher rectal est difficile, les parois du rectum sont aplaties et appliquées l'une contre l'autre ; combiné avec le toucher vaginal il précise le siège du kyste, et

permet de reconnaître sa forme arrondie, et les caractères particuliers de sa consistance.

La palpation abdominale seule donne peu de renseignements, il faut la combiner avec le toucher vaginal. Il sera aisé alors d'apprécier le volume du kyste et sa situation. Un fait très important, caractéristique presque des kystes hydatiques, est le peu de mobilité de la tumeur ; il est impossible de la repousser vers la cavité abdominale, ou de lui imprimer des mouvements dans la cavité pelvienne.

Cette immobilité presque complète est due aux adhérences solides qui fixent la tumeur aux autres organes de cette cavité.

Pendant ces différentes explorations, on arrivera peut-être à percevoir le frémissement hydatique ? Quelques chirurgiens l'ont trouvé (Davaine, Guéniot, Tillaux). Sur tous les cas observés, trois fois seulement le frémissement est noté. Il est vrai qu'il n'a pas été souvent recherché puisque la nature de kyste n'a presque jamais été diagnostiquée avant l'opération.

Tels sont les différents signes par lesquels se manifestent le kyste hydatique de la cavité pelvienne. J'en citerai un dernier, qui est absolument pathognomonique, mais très rare. Il n'a été noté que cinq ou six fois. C'est l'issue spontanée de vésicules hydatiques, soit par le vagin (kyste de l'utérus), soit par le rectum quand il y a perforation de l'intestin et qu'il s'établit une communication entre celui-ci et la poche kystique.

Les kystes ayant pour point de départ les organes mêmes de la cavité, présentent en outre quelques symptômes qui varient suivant la localisation anatomique de la tumeur.

J'étudierai successivement les symptômes particuliers des kystes siégeant dans les ovaires, les trompes, l'utérus. le vagin.

Kystes de l'ovaire

Ils n'offrent presque aucun signe particulier. Ils siègent latéralement, s'accompagnent de troubles menstruels fréquents, consistant surtout en diminution et quelquefois disparition des règles. L'inflammation périovarienne est fréquente. les kystes sont en général très adhérents, surtout à l'intestin.

Kystes de l'utérus

Ceux-ci peuvent être primitivement développés dans l'utérus (Péan, Jones), ou être simplement juxta-utérins, comme dans les cas de Brill et Kuchenmeister. La tumeur fait corps avec l'utérus, elle suit ses mouvements, la cavité utérine peut être augmentée de volume (Bl. Sutton).

Le kyste se manifeste par des hémorrhagies assez fréquentes, surtout s'il est contenu dans la substance utérine. Un fait caractéristique de ces tumeurs c'est leur tendance à creuser du côté de la cavité utérine, et on a noté deux fois l'issue de vésicules hydatiques par le vagin. La guérison spontanée du kyste peut être ainsi obtenue.

Les douleurs sont minimes ou même nulles. Cette variété de kystes se complique moins d'inflammation péritonéale, elle s'accompagne moins souvent d'adhérences intestinales ; ce sont les cas favorables pour l'hystérectomie vaginale.

Kystes des trompes

Ce sont les douleurs qui donnent à cette localisation sa physionomie particulière.

Elles sont très fréquentes, et aiguës au point d'obliger la malade au repos absolu. Elles sont surtout intenses au moment des périodes menstruelles. Les règles sont en général très abondantes.

Cette intensité de l'élément douleur est tout particulier aux kystes hydatiques des trompes ; car pour les kystes de la cavité aussi bien que pour ceux des ovaires et de l'utérus, les douleurs sont légères, et dues à l'irritation des filets nerveux comprimés par la tumeur. Pour les trompes au contraire la douleur semble due à la dilatation progressive de la cavité salpyngienne. (Voy. obs. I).

Les règles sont en même temps irrégulières, la malade que M. Doleris a pu observer a été sujette pendant huit ans à d'assez abondantes hémorrhagies.

A l'examen, la latéralité de la tumeur, son siège dans la région tubo-ovarique, sa forme empruntant celle de la trompe qu'elle dilate progressivement, lui donnent aussi une physionomie particulière.

Kystes du vagin

Ils siègent dans la paroi vaginale surtout en arrière et en haut, près du cul-de-sac postérieur. Leur volume est en général minime, ils n'atteignent jamais un grand développement.

Ils ne se manifestent en général par aucun symptôme douloureux, simplement par de la constipation ou de la gêne de la miction suivant le siège occupé par le kyste.

Au toucher, on perçoit une tumeur lisse, arrondie, régulière, dure, élastique ou fluctuante, assez facile à mobiliser.

Plusieurs observations mentionnent la suppuration de la tumeur après l'accouchement, celle-ci étant restée intacte (Porak).

Des kystes hydatiques pelviens au point de vue de la dystocie

La présence d'une tumeur pelvienne provoque toujours certaines difficultés au moment de l'accouchement. Le travail peut être gêné, prolongé, l'accouchement peut même être empêché d'une façon absolue.

Les kystes hydatiques en particulier sont une cause très sérieuse de dystocie. Ils sont en effet très adhérents aux organes voisins, difficiles à mobiliser. Le plus souvent, ils se prolongent jusqu'à la cavité de Douglas. Si leur volume est tant soit peu notable il faut intervenir, les enlever ou au moins les vider pour rendre l'accouchement possible. Le pronostic dépend donc du volume de ces tumeurs, il dépend aussi de l'état du liquide. Si celui-ci est clair, la ponction ou l'incision seront possibles sans trop de danger ; s'il est suppuré, il faudra redouter les accidents septiques.

Porak, sur 17 cas de tumeur kystique à échinocoques de la cavité pelvienne coïncidant avec la grossesse, a relevé la terminaison suivante :

Facile, 2 fois, Pauls, Park.

Difficile mais spontanée, 5 fois, Park, Roux, Mundé.

Forceps, 2 fois, Porak, Doleris.

Ponction et accouchement facile après, 3 fois, Polot, Guéniot, Spœth.

Incision et forceps, 2 fois, Birnbaum.
Ponction et cranioclastie, 1 fois, Wiener.
Opération obstétricale difficile, 2 fois, Brill, Kuchenmeister.
Accouchement impossible, 2 fois, Caseaux.
Opération césarienne, 2 fois, Pachelt, Sadler.

Ces dix-sept accouchements ont amené la mort de 6 femmes, soit une moyenne de 35 pour cent.

Depuis la statistique de Porak, il y a eu un certain nombre de faits du même genre ; Pinard, Tissier ont eu l'occasion d'intervenir pour des kystes hydatiques du bassin compliquant la grossesse.

Évolution

L'évolution des kystes hydatiques du bassin est insidieuse et lente. Il est toujours impossible d'en préciser le début. La tumeur ne commence à se manifester que lorsqu'elle a déjà atteint un certain volume. Elle subit parfois des augmentations assez brusques. Indolore, ne provoquant aucune gêne à certains moments, elle devient tout à coup douloureuse, surtout au moment des règles. Son volume s'accroît, puis les symptômes d'inflammation s'amendent et disparaissent tantôt pour toujours, tantôt pour un temps plus ou moins long.

La durée de ces kystes est très variable, presque jamais ils ne durent moins de cinq ans, ils se prolongent souvent pendant quinze et même vingt ans. Abandonnés à eux-mêmes les kystes hydatiques du bassin augmentent

peu à peu de volume, ils finissent par sortir de la cavité pelvienne et peuvent remonter jusqu'à l'ombilic. L'état général de la malade s'altère peu à peu et elle succombe à la cachexie. Quelquefois, soit à la suite d'une ponction, soit spontanément, le kyste s'enflamme et suppure.

L'issue du pus dans la cavité abdominale n'a jamais été notée. Cela s'explique par les adhérences épaisses et très solides qui environnent le kyste ; le péritoine est très épaissi et offre une barrière très solide au passage du pus.

L'ouverture de la poche purulente se fait le plus souvent dans le rectum, quelquefois dans le vagin (2 cas).

Mais cette issue spontanée n'a été constatée que très rarement, les chirurgiens qui ont observé les malades étant intervenus soit par ponction, soit par l'incision du cul-de-sac vaginal.

Cette ouverture de la poche purulente, soit dans le rectum, soit dans le vagin, amène souvent une certaine amélioration. Mais ce mieux est en général très passager. La suppuration persiste, donne lieu à une fistule ; la malade se cachectise et meurt avec tous les accidents des suppurations chroniques.

Une terminaison tout à fait exceptionnelle est la guérison spontanée. Elle a été notée cependant deux fois, (découverte d'autopsie, Freund). Elle survient quand, à la suite d'une inflammation, la poche suppure, les vésicules meurent. Tantôt le liquide se résorbe et la poche subit une dégénérescence granulo-graisseuse, il ne subsiste qu'une petite tumeur ; tantôt le pus se livre passage vers le rectum ou le vagin. Dans ce dernier cas, la guérison spontanée est très problématique, en raison de

la suppuration prolongée par la fistule, qui persiste au point où s'est produite la perforation de la poche.

Le pronostic des kystes hydatiques du bassin doit donc être très réservé. Ils peuvent en premier lieu gêner d'une façon notable l'accouchement. Nous avons vu que la mortalité dans cette circonstance atteignait 35 %. Ces kystes se terminent rarement spontanément, ils amènent donc très fréquemment, quand on n'intervient pas, une issue fatale, soit par suppuration ou perforation, soit par cachexie.

L'irritation constante subie par le péritoine amène des adhérences solides unissant le kyste avec les organes voisins. Cette complication assombrit d'une façon notable le pronostic de l'opération, qui, en raison des difficultés de l'extirpation, sera toujours laborieuse, souvent fertile en incidents plus ou moins ennuyeux (hémorrhagies, perforations intestinales, etc.).

Diagnostic

Les symptômes des kystes hydatiques de la cavité pelvienne sont des plus variables, comme nous venons de le voir. Aucun n'est suffisamment caractéristique pour servir de base à un diagnostic précis.

Le signe le plus souvent invoqué comme caractère pathognomonique du kyste hydatique, le frémissement, manque presque toujours. Il faut dire, il est vrai, qu'il a été très rarement recherché, parce que la plupart des tumeurs à échinocoques observées jusqu'à présent n'ont été diagnostiquées, qu'après intervention ou autopsie. Il existerait un moyen de lever les doutes en cas de tumeur kystique de la cavité pelvienne. Ce serait de faire une ponction et d'examiner le liquide qui, dans le cas de tumeurs hydatiques, est tout-à-fait caractéristique. La ponction capillaire n'offre aucun danger, mais ne donne souvent aucun résultat. Les vésicules filles peuvent être en effet très nombreuses, et la ponction capillaire ne ramène aucun liquide. La ponction avec le trocart, au contraire, soit par l'abdomen, soit par le vagin, donne le plus souvent des renseignements exacts : Graily-Hevitt, Brill, Sczancer, Péan.

Elle fournit du liquide eau de roche, avec crochets, et souvent donne issue à de petites vésicules.

Mais cette ponction avec trocart, qui a été longtemps un des moyens de traitement de tous les kystes de la

cavité pelvienne, offre de grands dangers. On n'est jamais sûr de la nature du liquide qui pourra sortir ; on peut avoir affaire à un kyste hydatique, mais aussi à un kyste de l'ovaire ordinaire, à un kyste dermoïde dont le liquide est extrêmement septique, à une tumeur maligne à poches kystiques. Ce liquide peut être irritant et, s'écoulant dans le péritoine, peut amener soit de la péritonite partielle, soit une péritonite généralisée.

Et même au cas où il serait prouvé qu'on se trouve en présence d'un kyste hydatique il faut encore être prudent, parce que souvent ces kystes sont suppurés.

Un deuxième obstacle à la ponction est la fréquence de l'inflammation et de la suppuration de la poche consécutive à cette exploration ; fréquente dans toutes les tumeurs liquides explorées au trocart, cette complication l'est surtout dans les kystes hydatiques, qui s'enflamment avec la plus grande facilité.

Brôse envisage un autre moyen de diagnostic, c'est la laparotomie exploratrice.

Je crois qu'il ne faut pas ranger la laparotomie même exploratrice parmi les moyens de diagnostic.

Elle fait partie du traitement, et comme elle constitue l'intervention de choix pour l'ablation des kystes hydatiques du bassin ; il est bien évident que c'est la seule méthode à employer quand on est en présence d'une tumeur dont on ne peut pas déterminer la nature et dont la présence provoque des symptômes compromettant l'état général de la malade.

Je signalerai rapidement les différentes tumeurs qui ont pu être confondues avec les kystes hydatiques du bassin.

Il est rare qu'on ait eu à les distinguer des tumeurs malignes. Celles-ci ont en effet une marche très rapide, une cachexie précoce; les douleurs sont plus vives, les symptômes de compression surviennent très rapidement.

Parmi celle-ci, le sarcôme kystique est la seule tumeur offrant quelques analogies avec un kyste hydatique.

Mais le sarcôme siège surtout sur les os de la ceinture pelvienne, sa consistance est très dure par places, très molle en d'autres. Il est inégal, fluctuant, bosselé, adhérent ; en l'auscultant on entend quelquefois un bruit de souffle.

Les tumeurs bénignes siégeant dans le petit bassin les plus faciles à confondre avec les kystes hydatiques sont : les chondromes, les kystes de l'ovaire, les fibrômes.

Le chondrôme est une tumeur circonscrite, très mammelonnée, de consistance très dure et élastique, mais cette consistance n'est pas égale partout. Par places on trouve une résistance toute particulière, ce qu'on ne retrouve jamais dans un kyste hydatique.

La distinction entre un kyste de l'ovaire et un kyste hydatique de la cavité pelvienne est plus difficile, la ponction seule peut lever les doutes. Cependant la consistance du kyste de l'ovaire n'est pas la même ; elle est moins dure, moins élastique, la fluctuation est facile à percevoir. L'évolution est plus rapide, les kystes de l'ovaire remontent beaucoup plus vite vers la cavité abdominale. Leur surface est souvent inégale, bosselée.

Les kystes hydatiques ont été fréquemment pris pour des fibrômes. Ceux-ci ont en effet la même consistance, dure, élastique ; ils s'accompagnent des mêmes troubles de compression.

Deux signes peuvent les distinguer, leur mobilité et

les troubles menstruels. Les fibrômes sont souvent mobiles dans la cavité pelvienne, le toucher vaginal et la palpation abdominale combinés permettent de les déplacer. On sent qu'ils font corps avec l'utérus ou qu'ils lui sont unis par un pédicule. Les hémorrhagies, fréquentes dans les fibrômes, sont très rares dans les kystes qui ne s'accompagnent en général que de troubles menstruels légers. En même temps à la palpation abdominale on perçoit souvent pour les fibrômes des bosselures, des inégalités ; la tumeur semble bilobée, elle est quelquefois formée par plusieurs tumeurs plus petites accolées l'une à l'autre.

On a pu confondre enfin les kystes hydatiques avec trois autres affections ; l'hématocèle, la grossesse extra-utérine et la môle hydatiforme.

On a plusieurs fois pris un kyste hydatique pour une hématocèle (Trousseau). Cette dernière siège surtout dans le cul-de-sac postérieur, son début est brusque, sa consistance assez dure, mais inégale, la tumeur est impossible à délimiter exactement. Elle s'accompagne de douleurs vives et de phénomènes généraux, son évolution est plus rapide, sa suppuration fréquente ; souvent on trouve une coloration caractéristique de la muqueuse vaginale au niveau du cul-de-sac vaginal.

La grossesse extra-utérine est difficile à distinguer à première vue d'un kyste pelvien dans les quatre premiers mois. Les commémoratifs sont importants à recueillir (troubles digestifs, nerveux), on songera à faire l'examen des seins. Il se produit souvent des hémorrhagies utérines tantôt survenant aux périodes menstruelles, tantôt irrégulières et capricieuses. Quelquefois au moment des hémorrhagies il y a expulsion d'une partie de ca-

duque. Le col utérin présente des modifications caractéristiques de la grossesse, il est remonté et ramolli. Kaltenbach et Bandl ont signalé des contractions intermittentes des parois utérines.

Le corps de l'utérus est dévié et augmenté de volume.

A partir du quatrième mois, les signes de certitude analogues à ceux de la grossesse normale permettent de lever tous les doutes.

La môle hydatiforme se distingue par une augmentation de volume de l'utérus, absolument comme dans la grossesse, mais celui-ci est bosselé, inégal. Peu de temps après l'augmentation de l'utérus, apparaissent des hémorrhagies assez abondantes et très variables comme date et fréquence d'apparition. Il y a souvent expulsion de vésicules hydatiformes. C'est ce qui a pu dans un cas provoquer une erreur. Mais ces vésicules ont un aspect tout spécial bien différent des vésicules à échinocoques. La môle s'accompagne des autres symptômes de la grossesse, troubles digestifs, nerveux, modifications des seins, son évolution, sa terminaison sont enfin suffisamment caractéristiques.

Traitement

Jusques en 1880 deux seuls moyens de traitement furent mis en pratique : La ponction et l'incision par la voie vaginale.

Brőse signala pour la première fois, en 1884, trois cas de kystes hydatiques traités par la laparotomie. Cette opération a été pratiquée un certain nombre de fois depuis.

Je n'ai vu signalée qu'une fois (Bouilly) l'ablation par la voie vaginale, cette opération cependant, dans certains cas, peut être préférable à l'intervention par la voie abdominale.

Je serai très bref dans la description des anciennes méthodes, qui peuvent entraîner à des accidents assez sérieux. Elles ont cependant permis de guérir d'une façon complète quelques-unes de ces tumeurs (Panas).

La ponction est une opération en elle-même des plus simples. Il est très facile d'enfoncer un trocart soit par l'abdomen, soit par le vagin, et de vider le liquide contenu dans le kyste. Cette ponction peut être simple, ou suivie de l'injection d'un liquide modificateur (sublimé, teinture d'iode, etc.).

Cette façon d'agir qui, pour le kyste hydatique du foie, donne d'excellents résultats, ne saurait convenir au kyste de la cavité pelvienne. Sitôt la ponction d'un kyste du foie faite, la poche diminue, subit la dégéné-

rescence fibreuse. Souvent elle disparaît presque complètement sans que le liquide ne se reproduise si on a eu soin de tuer les vésicules filles au moyen d'un liquide approprié.

Les kystes de la cavité pelvienne, au contraire, s'ils se vident assez bien par la ponction, n'ont aucune tendance à se rétracter. Ils ont en effet trop de connexions avec les organes du bassin, intestins, utérus, ligaments, auxquels ils sont unis par des adhérences très solides.

Après la ponction deux alternatives : ou bien le kyste ne renferme plus de vésicules, il subit une dégénérescence particulière, s'accompagnant d'un certain degré de pelvi-péritonite et laisse subsister une tumeur, plus petite que la précédente, mais souvent plus douloureuse, très gênante, et capable de s'enflammer et de suppurer à la moindre occasion. Ou bien le kyste se reproduit, la tumeur devient aussi volumineuse qu'auparavant. Un autre accident fréquemment observé est la suppuration immédiate de la poche, quelques semaines, quelques jours même après la ponction.

L'incision de la poche par le cul-de-sac vaginal offre sur la ponction plusieurs, avantages. Elle permet de vider complètement le kyste, surtout si les vésicules sont nombreuses, elle prévient toute complication péritonéale en cas de suppuration en raison de la voie ouverte et du drainage facile. Mais elle n'empêche pas cette suppuration de se produire, elle ne supprime pas le sac. De même que dans la ponction l'enveloppe kystique subsiste, elle peut dégénérer, donner lieu à de la pelvi-péritonite, l'utérus adhérent à cette poche peut subir des déviations, et rester immobilisé dans une situation vicieuse, gênante pour un accouchement ultérieur. Souvent aussi l'orifice

vaginal communiquant avec la tumeur persiste et donne naissance à une fistule souvent fort difficile à traiter.

L'ablation complète de la poche kystique est donc toujours à rechercher.

La voie la plus rationnelle est la voie abdominale ; la laparotomie est le moyen opératoire auquel ont eu recours presque tous les chirurgiens qui ont eu à traiter ce genre de tumeurs dans ces quinze dernières années.

La laparotomie est l'opération la plus indiquée parce que, il faut le dire, la nature du kyste n'est diagnostiquée le plus souvent qu'à ce moment. Sur une centaine de kystes hydatiques dont on a mentionné l'existence depuis le début de ce siècle, combien ont été reconnus cliniquement ? une dizaine à peine. Les autres ne l'ont été qu'après l'ouverture spontanée, la ponction ou la laparotomie, quelques-uns enfin sont des découvertes d'autopsie (Esquirol, Freund).

La laparotomie faite pour extraire un kyste hydatique, du bassin n'est en général pas d'une grande simplicité, comme par exemple pour un kyste de l'ovaire ou un fibrôme. Ces tumeurs sont en général indépendantes et faciles à dégager. Le kyste à échinocoques contracte presque toujours, pour ne pas dire toujours des adhérences solides avec les organes voisins. Tous les chirurgiens ayant opéré dans ces conditions mentionnent ce fait. Il était bien caractéristique dans le cas de mon maître Doleris que j'assistais pour l'opération. Il fut obligé de disséquer pendant une heure, bride par bride, toutes ces adhérences, et son travail semblait à peine avancer. L'intestin, l'utérus, la vessie, le rectum, tout faisait corps avec la tumeur.

Il faut donc être prévenu que l'ablation d'un kyste

hydatique du bassin sera chose toujours pénible. Le chirurgien devra même envisager la possibilité d'une ablation impraticable et la nécessité d'une marsupialisation de la poche. C'est ce que fut obligé de faire M. le Dr Routier dans un cas de kyste hydatique développé chez un homme probablement aux dépens de la prostate. Ce malade fut porteur pendant un temps très long d'une fistule qu'on ne réussit que difficilement à fermer.

Les règles pour la laparotomie n'ont rien de spécial, je n'y insisterai pas. Je dirai seulement que les brides formant les adhérences sont très vasculaires, et qu'il est toujours prudent de passer le thermo-cautère sur leur tranche de section, ou au moins d'en faire une double ligature.

Quand la tumeur est découverte, le mieux est de chercher à la séparer des organes voisins, de rompre les adhérences sans ouvrir la poche. Il sera cependant préférable de ponctionner celle-ci au préalable, si les adhérences trop intimes font craindre une déchirure accidentelle. Il faut avant tout éviter l'issue du liquide et des vésicules dans la cavité pelvienne, c'est la méthode qu'ont employée avec succès Schrœder et Schvartz.

Si la poche est impossible à enlever en totalité, on pourra faire la marsupialisation ; mais si les parties trop adhérentes sont d'une surface peu étendue on pourrait faire comme Schrœder : couper la poche au ras des adhérences, procéder à un nettoyage sérieux de cette surface, et la laisser dans la cavité abdominale qui sera refermée complètement.

On sera quelquefois amené comme M. Doleris à enlever en même temps l'utérus quand les adhérences qui réunissent ces organes à la tumeur sont par trop solides.

L'hystérectomie abdominale est souvent utile parce qu'elle permet de libérer rapidement la cavité pelvienne et qu'elle donne du jour.

Cela m'amène à parler de l'hystérectomie vaginale faite pour l'ablation d'un kyste hydatique. M. Bouilly y a eu recours. Quand la tumeur est située dans le septum utéro-rectal près du cul-de-sac vaginal, qu'elle n'est pas trop volumineuse, il est évident que l'hystérectomie est toute indiquée. Elle est plus simple, plus rapide, et offre moins de dangers, au cas toujours très possible où on ouvrirait le kyste en l'enlevant.

Mais il faut compter avec les adhérences.

On ne pourra jamais préciser d'avance ni leur nombre, ni leur tenacité, ni leurs connexions avec l'intestin. Cette dernière éventualité est surtout à redouter, et comme elle est très fréquente cela donne à réfléchir. Si on aborde l'hystérectomie vaginale après un examen approfondi ayant démontré une tumeur mobile, de moyen volume, accessible par le vagin, un utérus peu déplacé et mobilisable, il faudra néanmoins se tenir prêt à changer de conduite et à pratiquer une laparotomie. C'est le seul moyen à employer quand, par exemple, on s'aperçoit que l'intestin vient avec la tumeur ou que celle-ci est accolée très intimement à la vessie. On s'en aperçoit quelquefois très tard, quand tout pouvait faire croire à une hystérectomie vaginale possible et rapide.

En somme, le traitement de choix des kystes hydatiques de la cavité pelvienne est la laparotomie.

Il reste à envisager un dernier cas : la coexistence d'une grossesse et d'un kyste; faut-il opérer, quand et comment faut-il le faire?

Les règles tracées par M. Porak dans son article sur

les kystes hydatiques au point de vue de la dystocie sont très précises et très nettes. Je me contenterai de les résumer.

La tumeur peut être observée pendant la grossesse ou seulement au moment du travail, elle est grosse ou moyenne.

Si elle est grosse et qu'elle ait des chances de gêner l'accouchement, mieux vaut intervenir de suite que de risquer une opération en plein travail.

La ponction peut diminuer la tumeur, la faire disparaître un moment, mais la poche subit une dégénérescence graisseuse, et donne lieu à une tumeur plus petite, mais plus gênante encore peut-être au moment de l'accouchement. En second lieu, elle peut suppurer facilement.

L'incision par les culs-de-sac, si la tumeur est facile à atteindre, est au contraire plus indiquée, c'est une opération de courte durée, ne demandant pas une forte anesthésie. L'évacuation est complète et la poche a moins tendance à dégénérer ; il n'y a pas chance de rétention purulente, ce qui est l'essentiel.

Si la tumeur est de moyen volume et qu'elle ne paraisse pas devoir gêner le travail, le mieux est de la respecter et de l'opérer plus tranquillement et plus sûrement après l'accouchement. Si elle venait à gêner, le plus simple est de faire une version ou une application de forceps (cas de Porak, Doleris, Roux, Park). Il faut en effet se garder de créer pendant le travail une voie d'absorption favorable aux germes septiques.

Mais si on croit que l'accouchement ne peut se faire sans rupture du kyste il vaut mieux le ponctionner ou l'inciser. La ponction dans ce cas est préférable, plus simple elle ne provoque pas de plaie. L'incision n'est nécessaire que lorsque le nombre des vésicules-filles est

tel qu'elles ne pourraient sortir autrement. Si l'enfant est mort il faut faire l'embryotomie sans toucher au kyste.

Quoi qu'il en soit, incision ou ponction, si on se décide à intervenir, l'opération doit être précoce avant que l'utérus ne soit fatigué ou inerte, et qu'il ne soit nécessaire de recourir à une intervention obstétricale longue et pénible.

Les suites des ces opérations faites en plein travail sont souvent mauvaises ; on a constaté plusieurs fois des suppurations tardives.

Peut-on opérer par la laparotomie un kyste hydatique au cours de la grossesse? L'extirpation de tumeurs pelviennes dans ces conditions a déjà été faite. Mais étant données les adhérences des kystes hydatiques, je crois qu'en raison de la difficulté et de la longueur probable de l'opération, il est plus prudent d'éviter cette voie.

Il serait préférable, si on veut intervenir par la laparotomie, de pratiquer l'opération césarienne, d'extraire le fœtus, de suturer l'utérus et de n'enlever la tumeur que plus tard ; à moins que, par un hasard extrême, elle soit facile à mobiliser et qu'elle ne soit retenue par aucune adhérence.

Si le kyste hydatique siège dans la paroi vaginale l'énucléation est en général facile. Quand ce kyste coïncide avec la grossesse, l'incision précoce est à recommander, la poche se ferme rapidement et a peu de chances de suppurer. Même conduite à tenir au moment du travail, sauf en cas de suppuration de la tumeur. Il vaut mieux attendre et essayer de faire l'accouchement sans courir les chances d'une infection (cas de Porak).

Observations

Observation I (Doleris)

La Gynécologie

Mme J..., originaire des Basses-Pyrénées, est âgée de 36 ans.

De santé florissante et d'un embonpoint assez marqué pendant sa jeunesse, elle fut réglée à 12 ans. Ses règles étaient abondantes et duraient huit jours pleins.

Vers l'âge de 17 ans, elle souffrit de quelques douleurs abdominales qui furent jugées de nature nerveuse par le médecin du pays. Elle avait aussi de fréquentes migraines.

Quoique fille de boucher, jusqu'à son mariage, elle n'avait été que peu en contact avec des animaux, notamment des chiens et des bestiaux.

Elle se marie à 24 ans, il y a douze ans de cela, avec un boucher. On abat chez lui presque journellement des veaux et des moutons ; il y a deux chiens bull-dogs à la maison. Vers la fin de la première année de son mariage elle est prise de douleurs abdominales continues, et parfois d'une violence extrême, qui l'obligent de se coucher souvent au milieu de la journée. Ces douleurs reviennent à tout moment d'abord avec les époques, puis sans coïncidence avec les règles.

Au bout de quelques mois, il se produit de la constipation et de la dysurie. La malade ne peut uriner et reste plusieurs jours sans aller à la selle. Jamais elle n'a rendu de cucurbitins de ténia, ou mangé de viande crue, ni même mangé de viande avec excès. Elle consulte de nombreux médecins qui restent muets sur le diagnostic.

D..., de Pau, lui découvre une tumeur, il y a huit ans environ, et en raison, sans doute, des pertes menstruelles très abondantes, lui administre pendant de longs mois du seigle ergoté. Elle amaigrit et souffre toujours, mais ses règles diminuent.

Les consultations médicales se succèdent ; la tumeur est reconnue et très diversement appréciée naturellement. On pense à un kyste fœtal, à une grossesse ectopique, à des fibrômes, etc. Elle a augmenté, d'ailleurs, assez rapidement pendant les cinq ou six dernières années. La malade raconte qu'elle sentait fort bien elle-même des saillies sous la paroi abdominale. Le Dr F..., de Pau, conseille les eaux de Salies-de-Béarn. Mme J... y va plusieurs années de suite, elle y fait sa dernière cure en 1894. A ce moment, le ventre était devenu très volumineux. Après Salies, les douleurs s'atténuèrent notablement. Elles ne revenaient que par intervalles, et toujours de plus en plus faibles. Mais le ventre augmentant toujours de volume, et désireuse de se débarrasser de sa tumeur, la malade vient me consulter en septembre dernier 1895.

Je trouvai, au toucher, le col utérin petit et ferme, repoussé très haut et en avant derrière la symphyse pubienne. Il est impossible de rien sentir du corps. Inutile de dire que la malade est stérile. Le cul-de-sac de Douglas est déprimé vers le vagin, où il fait une saillie prononcée. Il est rempli par une tumeur dure, rénitente, assez régulière.

Du côté du ventre, je trouve une tumeur très bosselée, irrégulière, remplissant le bassin, dépassant l'ombilic et remontant jusqu'à l'épigastre et paraissant avoir le volume d'un utérus gravide à sept mois environ. La consistance de la tumeur est d'une dureté élastique. Les parties nodulaires que le palper perçoit sont très superficiellement placées ; elles déforment même la paroi abdominale à droite et à gauche. Elles jouissent partiellement d'une mobilité relative, tandis que la masse intra-pelvienne est fixe et impossible à déplacer.

Le cathétérisme de l'utérus donne 8 cc. 1/2.

Le faciès est coloré. L'état général est bon ; la miction et la défécation sont redevenues aisées depuis deux ans. Les règles diminuent toujours sans avoir cessé.

Ne pouvant songer à une tumeur maligne de l'ovaire, seule tumeur capable de présenter de semblables apparences, je diagnostiquai un fibrôme multinodulaire, avec des masses énucléées vers le péritoine, ce qui expliquait le peu de dimensions de l'utérus. La modération du flux menstruel s'expliquait par l'énucléation des tumeurs hors de l'utérus lui-même et par la possibilité d'une dégénérescence des ovaires.

Je proposai l'ablation de la tumeur.

La malade vient à Paris au bout de six mois.

Il me semble que le ventre a encore augmenté.

Rien d'autre n'est survenu ; les douleurs ne sont pas plus fortes.

Opération le 24 mars 1896. — En incisant le péritoine on trouve des adhérences multiples et étendues du tablier épiploïque avec la tumeur, celui-ci la recouvre entièrement, la pénètre par endroits et s'enfonce principalement en se confondant avec elle, vers la fosse iliaque droite et le même côté du bassin. La tumeur, d'aspect bosselé, offre par places l'aspect de circonvolutions intestinales et ne présente aucune adhérence avec le péritoine pariétal sur la ligne médiane, mais il en existe sur les côtés vers les fosses iliaques.

La tumeur occupe tout le petit bassin et remonte jusqu'à l'épigastre. Elle est d'une exploration extrêmement pénible, il y a en effet des adhérences partout ; à droite surtout, avec le cæcum et l'appendice vermiculaire en bas, avec le rectum, en avant avec la vessie qui est fortement repoussée à gauche, et le fond du corps utérin.

Ces adhérences sont disséquées et incisées une à une au bistouri ou au thermocautère quand elles paraissent par trop vasculaires : on fait un grand nombre de ligatures hémostatiques.

La résistance principale avait lieu sur chaque côté au niveau des ligaments infundibulo-pelviens. La section des ligaments y compris les vaisseaux utéro-ovariens, a été faite après double ligature. Les veines sont très dilatées. Dès lors le dégagement s'est opéré avec moins de difficulté. Toutefois il a été nécessaire de gratter énergiquement de l'ongle en s'aidant des ciseaux, pour désinsérer les lobes qui étaient plus particulièrement logés dans l'épaisseur des ligaments larges. Cette manœuvre a été faite alternativement des deux côtés.

L'utérus est recouvert en totalité par le néoplasme et il faut l'en séparer lentement et minutieusement, surtout en arrière. On l'amène ainsi à l'extérieur encapuchonné par la tumeur. Les adhérences unissent celle-ci au fond de l'utérus étant extrêmement résistantes et comme finalement il n'y avait plus qu'elles pour empêcher l'ablation de la tumeur, on incise tout le fond de l'utérus, après avoir saisi le corps dans un clamp fortement serré ; on lie les trompes préalablement isolées, à leur insertion utérine et on les incise également ;

cautérisation au thermocautère de la surface saignante de l'utérus et du Douglas.

La vessie complètement déviée vers la gauche se trouve disséquée, entièrement séparée de ses attaches pelviennes, elle retombe au fond du bassin. On la remet en place aussi exactement que possible et on la suture circulairement à la paroi pelvienne au moyen d'un long surjet de catgut.

La tumeur une fois enlevée, il est procédé à une toilette minutieuse de la cavité au moyen d'éponges. La quantité de sang perdu a été très minime, il y a très peu de caillots dans le petit bassin qui est nettoyé très rapidement, on fait une suture au surjet pour réunir les deux lèvres du péritoine pariétal sectionné à l'insertion des ligaments larges ; on place une ligature élastique sur le moignon utérin qui est pédiculisé.

Le pédicule très étroit est fixé à la paroi, on fait un court drainage avec une mèche de gaze iodoformée de dix centimètres de long.

Tumeur. — La tumeur a une forme bizarre, elle ressemble assez bien à un amas d'anses intestinales très distendues.

Elle pèse environ deux kilogrammes, son diamètre est de trente-deux centimètres dans sa plus grande largeur, vingt-huit dans sa plus petite.

Elle est constituée par les deux trompes utérines énormément distendues et développées, et remplies de vésicules hydatides ; après avoir disséqué les adhérences réunissant les différentes anses formées par les trompes enroulées à la façon de l'intestin, on arrive à séparer nettement chacune d'elles.

La trompe droite mesure cinquante-sept centimètres, la gauche cinquante-trois, soit une longueur de un mètre dix pour les deux. La distension des deux conduits s'arrête à trois centimètres de l'insertion utérine pour la trompe gauche, de un centimètre environ pour la trompe droite. Sa coloration est blanche, nacrée, presque transparente par places, sa consistance très élastique ; on perçoit à merveille le frémissement hydatique. Les parois sont d'épaisseur variable, tantôt minces comme l'intestin distendu, tantôt offrant plusieurs millimètres d'épaisseur. De chaque côté et en arrière de l'anse formée par la trompe, se trouve l'ovaire d'apparence saine.

La tumeur, à sa partie antéro-inférieure, présente une sorte de loge : c'est à cet endroit que se trouvait encastré l'utérus

que la tumeur coiffait en quelque sorte. Une incision faite au cours de l'opération sur une partie de la tumeur a permis d'en extraire un certain nombre de vésicules.

Le péritoine formant les adhérences, ainsi que l'épiploon, étaient remplis de petites tumeurs vésiculeuses de la grosseur d'un pois et contenant des matières graisseuses ; au microscope on y trouve en outre l'aspect caractéristique de membranes hydatides, sans crochets.

Suites opératoires normales. — Guérison.

Observation II

Kyste hydatique du foie rompu dans l'abdomen depuis 18 ans. Généralisation sur toute la surface péritonéale de l'intestin, du mésentère, des ligamedts larges et de l'utérus. Grossesse évoluant jusqu'au terme. Rupture utérine au cours du travail. Mort. Tissier et Desfosses. Soc. Gynécologique.

Femme P..., primipare de 36 ans ; en 1879, elle fut soignée à l'hôpital Lariboisière, pour un kyste hydatique du foie qui se serait brusquement rompu. Le rétablissement fut rapide.

Devenue enceinte dans les premiers jours de mai dernier, cette femme vit sa grossesse évoluer sans complication. Elle fut prise de douleurs le 24 décembre, à 10 heures du soir, et les douleurs ne cessèrent pas jusqu'au lendemain, s'accompagnant de vomissements incessants. Dans la soirée du 25, tout d'un coup, le travail s'arrêta et la parturiente fut saisie d'une grande faiblesse en même temps que s'écoulait un peu de sang par la vulve. On l'amena le lendemain matin 26, à l'hôpital Saint-Louis, vers midi, toujours perdant. Depuis la veille les douleurs n'avaient pas reparu : la malade, apyrétique, était pâle, sans pouls, prête à se trouver mal. Le ventre, énormément distendu, était tout marronné de saillies nombreuses irrégulières, de consistance demi-dure. Le palper, extrêmement difficile, ne permettait pas de reconnaître la disposition fœtale. Auscultation négative. Par le toucher, on rencontrait une tête élevée.

A ce moment, en présence de l'état très grave de la mère, il importait de terminer l'accouchement le plus rapidement possible.

Une première et une deuxième application de forceps ayant échoué, l'interne du service fit la version, qui présenta quelque dificulté au moment de l'extraction de la tête dernière. L'enfant était mort.

Après la version, la main, introduite dans les voies génitales, traverse le vagin et pénètre dans une vaste cavité sans limites définies, hérissée d'une multitude de bosselures arrondies, variant des dimensions d'une noix à celles d'une grosse pomme.

Ces tumeurs, au nombre d'une quarantaine ou d'une cinquantaine, viennent partout remplir la main. En tournant les doigts en avant, la face postérieure de la paroi abdominale est directement sentie.

Le Dr Tissier constate la rupture utérine produite dès la veille au soir, à s'en rapporter aux renseignements fournis par un médecin de la ville : large rupture utérine siégeant sur le côté droit de la matrice permettant de pénétrer directement dans la cavité abdominale.

Quant aux sensations obtenues, elles sont dues à des masses mamelonnées, disséminées sur toute la surface péritonéale et sur l'épiploon et dont la nature est incertaine. On ne songe à l'existence d'une dégénérescence molaire ayant favorisé la rupture des parois utérines que pour rejeter immédiatement une hypothèse que tout dément : l'évolution de la grossesse, le développement fœtal, le volume, la consistance et le siège des monomes. Une des tumeurs, attirée à la vulve et sectionnée après ligature du pédicule, est incisée : son contenu, mollasse et visqueux, est composé d'un grand nombre de vésicules affaissées, avec très peu de liquide. Cet aspect caractéristique, rapproché de la connaissance du kyste hydatique rompu 18 ans auparavant, fait porter le diagnostic de kystes hydatiques multiples de la cavité abdominale avec dégénérescence utérine et rupture de la matrice au cours du travail.

Le placenta est perdu dans la profondeur de l'abdomen ; l'état général est des plus graves ; la rupture date de 18 à 20 heures. Il convient de faire la laparotomie, l'extraction du délivre et l'opération de Porro ou telle autre intervention que la constatation directe indiquera. Mais les forces qui avaient toujours été déclinant diminuent en dépit des injections de sérum artificiel, de l'oxygène, de la caféine et de l'éther, et quand le Dr Bar, mandé

pour aider à l'intervention, arriva à l'hôpital, la malade agonisait et ne tardait pas à succomber.

L'examen microscopique du contenu de la tumeur avait été pratiqué pendant les préparatifs de l'opération et avait permis de voir des crochets en grand nombre, ce qui confirmait pleinement le diagnostic de kyste hydatique

L'autopsie, pratiquée le surlendemain 28 décembre, permit de recueillir la pièce que voici :

Dès l'ouverture du ventre on voit toute la cavité occupée par des masses boursouflées légèrement transparentes et blanches qui, au premier abord, paraissent des anses intestinales distendues. Ce sont des tumeurs arrondies, remplies d'un peu de liquide gélatineux, rénitentes, disséminées dans le grand épiploon et descendant avec celui-ci presque jusqu'au niveau du pubis. Leur volume est celui du poing pour les unes, d'un abricot ou d'une noix pour les autres. En soulevant ce tablier, on met à nu l'utérus très rétracté, dévié vers la gauche.

Le fond utérin est surmonté d'une tumeur kystique du volume d'une mandarine occupant la corne droite. Cette tumeur n'est point développée en plein muscle, mais siège dans la couche cellulaire sous-péritonéale; une autre tumeur semblable occupe la face antérieure près de la jonction du corps et du col immédiatement en arrière et un peu au-dessus de la vessie. Dans l'épaisseur du ligament large gauche, un hyste plus gros, des dimensions d'un poing d'adulte, soulève les ailerons et écarte les feuillets séreux.

Enfin, un gros kyste ayant les dimensions du précédent efface en partie le cul-de-sac de Douglas dans lequel il bombe, repose sur la portion médiane du segment inférieur de l'utérus en arrière et se porte en bas, ayant en partie redoublé la cloison recto-vaginale. Cette dernière tumeur a joué certainement un rôle dystocique important et a pu, par l'obstacle qu'elle apportait assurément à l'engagement de la présentation, favoriser, et peut-être déterminer l'effraction de la matrice.

Ces diverses tumeurs sont superposées à la couche du muscle et développées dans le tissu conjonctif sous-séreux, et bombent dans la cavité péritonéale.

Dans les parties déclives, il n'existe qu'une très faible quantité de sang fluide.

Sur le côté droit, l'utérus est fendu du haut en bas par une

large déchirure verticale qui va de l'insertion de la trompe au cul-de-sac vaginal. Les deux feuillets du ligament large de ce côté sont effondrés au niveau de leur attache avec le bord utérin : il ne reste qu'une bride en haut constituée par le ligament rond, et le ligament ovarien.

En arrière du ligament large, on voit le cordon ombilical qui mène au placenta enfoui dans une loge à côté et en dessous du cœcum.

La communication est large entre le vagin et l'espace rétro-ligamentaire, tout le bord utérin est déchiré depuis la commissure du museau de tanche jusqu'à la corne droite.

On se demande quelle opération eût pu être tentée si la survie de la malade eût permis une intervention après laparotomie.

Il existe encore d'autres kystes hydatiques sur la fosse iliaque interne.

Le foie très déformé porte à sa face inférieure un gros kyste gros comme une tête d'adulte ; nous ne trouvons pas la cicatrice du kyste qui se serait rompu en 1879.

Les reins, normaux d'apparence, pèsent 140 gr. chacun ; le cœur 260 gr. ; l'enfant pesait 3.190 et le placenta 520 gr.

Les trois observations qui suivent sont empruntées à la thèse de Bröse. Dans les trois cas on fit le diagnostic de kyste de l'ovaire et la nature de la tumeur ne fut reconnue qu'à l'opération ; la première est de Schwartz de Gœttingen, les deux autres de Schrœder de Berlin.

Observation III

Femme de 50 ans, souffre depuis 16 ans de douleurs dans le bas-ventre et les reins. Elle fut prise de violentes douleurs et de gonflement dans toute la région droite du ventre en 1879. Cette inflammation céda peu à peu, mais le ventre resta enflé, et l'état général alla en empirant. A l'examen : l'utérus est repoussé en avant et élevé ; en arrière on sent une tumeur remontant vers la cavité abdominale, dure, élastique. Elle est impossible à mobiliser.

Laparotomie, adhérences multiples très difficiles à rompre. Suites bonnes ; guérison.

Observation IV

Femme de 27 ans.

Malade depuis 4 ans.

A l'examen on perçoit une tumeur remontant vers l'abdomen, à quatre travers de doigt au-dessus de la symphyse.

Utérus normal et non déplacé ; à droite, tumeur du volume d'une tête d'adulte, dure, fluctuante, très égale et très arrondie.

Laparotomie, adhérences très intimes avec l'intestin. On est obligé de ponctionner, et de laisser en deux places des morceaux de la poche adhérents à l'intestin.

Guérison.

Observation V

Femme de 27 ans.

Malade depuis un an.

A l'examen, utérus repoussé en avant, mais libre. A droite, on sent une tumeur du volume du poing, élastique, fluctuante, libre et mobilisable. A gauche et dans la cavité de Douglas, autre tumeur plus petite, de même consistance, peu mobile.

Laparotomie ; l'ablation des deux tumeurs est aisée ; pas d'adhérences ; on découvre encore deux autres tumeurs plus petites, faciles à enlever.

Observations VI-LXIII

Empruntées au travail de Doleris (La Gynécologie, 1896).

L..., femme M..., vingt ans, primipare, entre le 6 février 1883 à la clinique d'accouchement de la Faculté. Elle est au terme de sa grossesse, et le travail est régulièrement commencé (présentation du sommet).

En examinant cette femme, on constate, par le toucher vaginal, l'existence d'une tumeur du volume d'un œuf de poule à peu près, rénitente, paraissant néanmoins renfermer un contenu liquide, logée dans la paroi droite du vagin et allongée dans le sens de l'axe de ce conduit.

La tète ne progresse que très lentement à partir du moment de la dilatation complète, et il semble que la tumeur se laisse déprimer peu à peu ; la paroi en est très tendue.

Vu la lenteur de l'expulsion, et les battements du cœur fœtal devenant lents et irréguliers, on fait une application de forceps.

A peine l'instrument est-il placé que l'utérus, excité par sa présence, se contracte violemment, et, avant qu'une seule traction ait été exercée sur la partie fœtale, le kyste vaginal éclate brusquement. Le liquide jaillit au dehors et assez loin, jusque sur l'opérateur et les aides ; il paraissait limpide.

On put recueillir une membrane blanche, d'aspect fibrineux, solide, unie, régulière, ressemblant absolument à une poche hydatique.

M. Doléris a examiné presque séance tenante cette membrane et, sur la coupe microscopique, a retrouvé aussi nette que possible. la striation régulière, indice de la superposition des lames parallèles et concentriques de la paroi kystique : c'était bien la texture classique des membranes des kystes hydatiques.

Observation VII (Doleris)

En 1889 j'ai opéré une femme d'une quarantaine d'années pour une tumeur du ligament large gauche du volume d'une grosse pomme. La paroi de cette tumeur, épaisse, nacrée, avait la structure des hystes hydatiques. Le contenu était louche, puriforme, bien que la malade n'eût présenté aucun signe de suppuration.

La structure était striée et caractéristique. La poche se prolongeait vers le vagin et avait décollé en partie le septum utéro-vaginal. L'énucléation en fut fort aisée et se fit avec l'ongle, sans aucun effort. Il n'existait pas de pédicule. La malade guérit complètement.

Observation VIII (Doleris)

Ce cas m'a été communiqué par mon ami le Dr Laurens (de Montpezat). Au commencement de l'année 1895, un confrère, le Dr Lasbats (de Lembeye), fut appelé par une femme en

travail. La tête ne s'engageant pas, il fit plusieurs tentatives d'application de forceps, sans succès, et appela le Dr Laurens. Une dernière tentative fut faite. Dès les premières tractions un peu énergiques, on constata que l'anus bombait énormément et qu'une tumeur à paroi grisâtre tendait à faire saillie à l'orifice anal. On continua les tractions pour accentuer la sortie de cette masse qui se fit en même temps que celle de la tête. Elle fut ensuite extraite du rectum et le pédicule fut entouré d'une solide ligature à la soie. Le liquide était puriforme, l'accouchement se termina heureusement. Jamais la malade n'avait éprouvé de symptômes en rapport avec un abcès pelvien. La paroi du kyste était épaisse, uniforme, rappelant celle du kyste hydatique. Ce cas, bien que la preuve histologique de sa nature n'ait pas été faite, ressemble tellement, par l'examen des pièces, aux cas analogues, celui de Guéniot entre autres, que nous n'hésitons pas à l'ajouter à la série de seize que contient le mémoire de Porak.

Observation IX (Rein)

Kyste hydatique du grand épiploon compliquant une grossesse. Laparotomie. Guérison. *(Société médicale de Kiew,* 15 novembre 1896).

Observation X (Dinard)

Tumeur hydatique de la fosse iliaque compliquant une grossesse. Au moment du travail la tumeur descend dans la cavité vaginale où elle est ponctionnée. L'accouchement se termine normalement ; l'opérée meurt d'infection. *(Journal des sages-femmes*, 16 avril 1887).

Observation XI (Bouilly)

Femme de 35 ans. L'affection débute par des hydatides pulmonaires rejetées par vomiques. Tumeur abdominale sous-ombilicale. L'analogue saillant dans le Douglas. Le diagnostic était établi. Laparotomie. Kyste hydatique du grand épiploon : kystes adhérents du petit bassin. Ceux-ci sont difficiles à extir-

per ; on n'y arrive qu'en décollant avec l'ongle, et non sans rompre quelques poches. Guérison. (*Société de chirurgie*, 20 juillet 1887).

Observation XII (Tillaux)

Gros kyste du grand épiploon, diagnostiqué par le frémissement hydatique. (Même séance.)

Observation XIII (Dohrn)

Kyste épiploïque abdominal pelvien pris pour un fibrôme pédiculé de l'utérus. Laparotomie, guérison. (*Centr. f. Gyn.*, n° 9, 1886).

Observation XIV (Martin)

Fille de 26 ans. Masses multiples sous-péritonéales, abdomino-pelviennes, engagées entre le rectum, le vagin et les feuillets des ligaments larges. Kystes épiploïques et mésentériques. Organes génitaux absolument sains. Laparotomie, mort tardive, subite. A l'autopsie on trouve deux kystes hydatiques du foie. (*Soc. de Gyn. de Berlin*, 11 janvier 1889).

Observation XV

Une femme mariée, âgée de 35 ans, se présenta à ce médecin avec une tumeur abdominale. Il trouva, en effet, une tumeur vaguement arrondie, un peu mobile, du volume de la tête. Elle ne lui parut pas en connexion avec l'utérus, mais plutôt de nature ovarique. Il proposa l'opération. Quatre mois plus tard, la masse retourna près de lui. La tumeur était alors deux fois plus grosse qu'au premier examen ; elle était douloureuse et affectait une situation médiane. La femme consentit à l'opération. A l'ouverture de l'abdomen, la tumeur apparaît fixée par quelques adhérences faciles à détacher. Le trocart laisse écouler un liquide clair couleur paille. *Le pédicule naissait dans la substance même de l'utérus*. Il fut cerné par une ligature élastique et traité par la méthode intra-péritonéale. La tumeur était revêtue d'une paroi épaisse formée du fond de l'utérus, juste

au-dessus de la naissance de la trompe de Fallope gauche. En dedans de la paroi utérine on trouva une membrane épaisse, laminée, homogène, élastique, offrant un tremblement singulier. Le kyste contenait environ une douzaine de vésicules hydatiques et quelques parcelles granuleuses. On découvrit au microscope des crochets et des bourgeonnements sur la membrane limitante interne. La femme guérit.

D[r] Altormyan d'Aleppo.

Observation XVI (Puistienne)

Il y a dans le Mémoire de Puistienne (1867), consacré aux tumeurs enkystées du petit bassin chez la femme, un cas de kyste hydatique développé dans le septum vésico-utérin.

Le même auteur rapporte l'observation d'une tumeur semblable développée dans l'épiploon, prise pour un kyste ovarique multiloculaire, chez une fille de 23 ans. Ponction du kyste. Mort.

Observation XVII (Panas)

Autre cas de Panas dans lequel un kyste volumineux, s'étendant de l'hypochondre à la fosse iliaque, fut pris pour un kyste ovarique, fut ponctionné, suppura abondamment et guérit.

Observation XVIII (Michon)

Observation de Michon, qui, en 1860, traita un kyste situé d'une façon analogue, abdomino-pelvien, par l'ouverture lente au moyen de la potasse caustique. La malade guérit.

L. Tait, dans son *Traité des Maladies des ovaires*, qui comprend aussi beaucoup de faits relatifs aux trompes de Fallope (traduction française, 1886), mentionne quatre observations de kystes hydatiques du bassin :

Observation XIX

Dans le premier cas, il s'agissait d'une première tumeur abdominale et d'une seconde tumeur saillante dans le cul-de-sac

de Douglas, qui fut ponctionnée et donna lieu à une péritonite. Des hydatides se frayèrent ultérieurement un passage par la vessie et l'urèthre. Tait croit que la tumeur pelvienne était *l'uretère distendu.*

Observation XX

Le deuxième cas fut pris pour un kyste multiloculaire très adhérent de l'ovaire, que l'on extirpa en partie et ne fut reconnu qu'à l'examen microscopique. La malade succomba. L'autopsie montra que tout l'abdomen était envahi ainsi que les muscles des parois, et le foie.

Observation XXI

La troisième observation a trait à une jeune fille de 18 ans qui fut laparotomisée pour une tumeur abdomino-pelvienne très adhérente, puis pour un abcès pelvien (douleur vive et fièvre). — Résection partielle et drainage. Malgré cela, la guérison fut complète et la malade resta définitivement guérie.

Observation XXII

La quatrième observation est celle d'une femme de 26 ans. Tait diagnostiqua un abcès volumineux; pouls rapide et température élevée. Par la laparotomie il ouvrit un vaste sac hydatique qu'il vida et draina, sans chercher à en reconnaître le siège exact.

Observation XXIII (Brill)

Kyste du Douglas adhérent au col utérin en arrière. Perforation spontanée après le travail. Guérison. (*Cent. f. Gyn.* 1882, p. 399).

Observation XXIV (Guéniot)

Kyste hydatique de la cloison recto-vaginale (*Bulletin de thérap.* 1866). Ponction au moment du travail. Guérison.

Observation XXV (Puchelt)

Kyste à plusieurs lobes ou diverticules occupant le bassin et l'abdomen : une poche dans la région hypogastrique ; quatre dans la cavité abdominale ; deux dans la *région tubo-ovarique,* une contre l'utérus, une dans le bassin adhérente au vagin, au rectum et à l'utérus au point qu'il eût été impossible de l'enlever sans déchirer les parois de ces organes. C'est à l'autopsie que furent découvertes ces 9 tumeurs, la femme ayant dû subir l'opération césarienne et ayant succombé. (*Muséum de la Société suisse,* vol. II, p. 211).

Observation XXVI (Birnbaum)

Tumeur multiple, occupant l'abdomen et l'excavation, et adhérente à l'utérus rétroversé. Ponction. Guérison. — (Monatschrift, t. XXIV, p. 428).

Observation XXVII (Sadler)

Énorme kyste allant du foie au fond de l'excavation. — Dystocie. Opération césarienne. Mort. (*Monatsch.* t. XXV, p. 73).

Observation XXVIII (Wiener)

L'auteur a réuni dans un mémoire six observations ci-relatées à leur place, tirées pour la plupart de la pratique allemande. C'est le premier mémoire ayant trait à la dystocie liée à toutes sortes de tumeurs.

Il en ajoute une personnelle. Tumeur pelvienne double, saillante dans le Douglas. Ponction. Cranioclastie. Mort de la femme. Il y avait en outre un kyste mort du foie et des poches épiploïques. (*Arc. f. Gyn.* t. II, p. 572).

Observation XXIX (Pauls)

Tumeur piriforme du septum vaginal. Ouverture du kyste par déchirure. Guérison. (*Birsch Hirschfeld. Lehrb. der Pat. Anat.* Leipzig, 1877, p. 1156.)

Observation XXX (Küchenmeister)

Kyste du septum vécico-utérin. Rupture spontanée. Déchirure dé l'utérus. Mort de la parturiente. (Birsch-Hirschfeld, ibid. p. 1156.)

Observation XXXI (Stadfeldt)

Mémoire (in *Obst. Journ. of Gr. Brit. and Ireland*, 1879), relatant les deux cas suivants :

Observation XXXII (Spath)

Kyste de l'excavation enclavant l'utérus. Ponction. Guérison. (*Œrtl. Bericht. der K-K. Geb. und Find. zur Wien*, 1864, p. 29).

Observation XXXIII (Pintos-Pasella)

Femme ayant succombé sans avoir été délivrée, après soixante-douze heures de travail. — Tumeur hydatique emplissant l'excavation et ayant creusé tous les os du bassin, entièrement. (*Corradi di ost. dell. Italia*, p. 1524.)

Observation XXXIV (Schmidt, de Cologne)

Kyste à échinocoques du méso-côlon descendant. Opéré, guérison. (*D. Méd. Woch.*, 1891, n° 8).

Observation XXXV (Thomas Wallace)

Double kyste hydatique du bassin. Femme de 39 ans, stérile, souffrant depuis six ans, sans troubles menstruels, avec un utérus de volume normal. Une des tumeurs est développée dans la fosse iliaque droite, l'autre derrière l'utérus directement. On diagnostique un kyste ovarique. Laparotomie. Le kyste de Douglas est à contenu épais, jaunâtre, ressemblant à du jaune d'œuf concrété. Mort par septicémie le 4e jour. On n'a pas fait de drainage abdominal (*Société méd. de Cardif*, 7 février 1890. *Brit. M. J.* 22 fév. 90).

Observation XXXVI (Marsh)

Femme de 24 ans, récemment mariée. Tumeur allant à l'ombilic. Signes subjectifs de grossesse, vomissements, malaises, douleurs. Diagnostic : grossesse ectopique. — Dilatation digitale du col utérin, issue d'hydatides, évacuation de la tumeur en entier par le curettage. Guérison (*N. Y. Méd. Journ.*, septembre 1888).

Observation XXXVII (Bantack)

Femme de 24 ans. Diagnostic : kyste ovarique droit. Kystes épars sur l'utérus, les ligaments larges et le foie (*British. Med. J.*, 16 mars 1889).

Observation XXXIII (Brely)

Kyste hydatique utérin. Cas vaguement décrit (Ass. méd. de l'Ontario, *Méd. Rec.*, 7 juillet 1888).

Observation XXXIX (Potocki)

Femme de 28 ans, stérile, accidents péritoniques. Tumeur de la moitié inférieure de l'abdomen, immobile ; parties mobiles. — Autre incluse dans le Douglas. Ponction par le vagin, suppuration, mort. A l'autopsie, kystes hydatiques multiples, adhérents, nombreux. — Un kyste semblable ovarique (*Progrès médical*, 2 octobre 1886).

Observation LX (D. Thiéry)

Femme de 46 ans. Tumeur hydatique du foie, diagnostiquée après ponction, par Verneuil. Tumeur abdomino-pelvienne, diagnostiquée cependant kyste *ovarique* simple. Durée de la maladie très longue, 11 ans, depuis le diagnostic établi. Morte non opérée. Autopsie : kyste hépatique ; quatre poches épiploïques ; une *mésocæcale*. L'ensemble des tumeurs formait une masse énorme, pesant plus de 20 kilogrammes.

« Enfin, vers le petit bassin, quatre kystes bien nets et
» qui *semblaient dépendre d'une dilatation des trompes et de*
» *l'ovaire*, mais qui, en réalité, ne sont, ainsi que nous le
» montre M. Poirier, que des kystes devenus libres dans le
» péritoine et tombés, l'un dans le cul-de-sac de Douglas, où
» il a contracté quelques adhérences, deux dans les culs-de-sacs
» péritonéaux para-ovariens ; enfin, le quatrième s'est insinué
» profondément en refoulant le péritoine sur les parties laté-
» rales droites de l'utérus et du rectum, et y a acquis le
» volume des deux poings. » (*Société anatomique*, 12 avril 1889).

Observation XLI (Bland-Sutton)

Portion d'un large kyste adhérent à l'ovaire. Membranes de quelques-unes des hydatides qu'il contenait. — La plus grande partie de la poche est composée d'un tissu fibroïde dense, mais quelques points de ses parois sont aussi durs que du cartilage et renferment des petites plaques de consistance semi-osseuse. La femme, sur laquelle a été enlevée la pièce, avait, en outre, des kystes hydatiques dans l'épaisseur de l'os iliaque dont les parois étaient distendues au point de former une vaste cavité qui se prolongeait dans l'épaisseur du sacrum et dans l'intérieur du canal vertébral. C'était une femme âgée, qui mourut par suite de la suppuration de quelques-uns des kystes. La maladie avait été très longue.

Observation XLII

Le même auteur rapporte encore un cas observé par Oldham en 1861 à Guy's Hospital, qui ne se trouve point mentionné ailleurs et qui est d'ailleurs discutable. La tumeur abdominale avait évolué pendant quatorze ans. Croyant à un kyste ovarique, Oldham le ponctionna et en retira sept pintes d'un liquide dont l'examen n'est point mentionné. La tumeur se reforma de nouveau. L'auteur signale que les signes objectifs n'étaient point tout à fait ceux des kystes de l'ovaire. Il ajoute même qu'il perçut une sorte de frémissement semblable à celui des kystes hydatiques, par la palpation alternative combinée avec l'ébranlement de la tumeur. La malade ayant guéri, le diagnostic ne fut jamais vérifié.

J'emprunte encore à Bland-Sutton une observation tirée de Cullingworth (*Trans. Obst. Society London*, vol. XXX, p. 202).

Observation LXIII

Une femme de 23 ans vint consulter Cullingworth pour une tumeur abdominale. Elle se croyait enceinte. Ayant eu un premier enfant pendant la gestation duquel les règles s'étaient normalement produites, elle n'attachait aucune importance à ce qu'elle les voyait apparaître régulièrement cette fois encore. La tumeur était à peu près sphéroïdale et s'étendait à égale distance de la symphyse et de l'appendice xyphoïde. Il y avait de la fluctuation et un bruit de souffle synchrone au pouls, très distinct dans la région iliaque gauche. Un matin, en s'asseyant brusquement sur son lit, elle fut prise d'une violente douleur abdominale, et l'abdomen, qui était jusque-là très tendu, s'assouplit subitement. Quelques semaines plus tard il se distendit de nouveau, mais c'était cette fois un épanchement ascitique.

L'abdomen fut ouvert, six pintes de liquides évacuées, et l'utérus ou ce qui semblait être l'utérus était distendu comme dans une grossesse de cinq mois. On ne découvrit rien du genre d'un kyste rompu ou qui pût expliquer le collapsus récent. La femme mourut onze jours après l'opération. A l'autopsie, on trouva l'utérus de volume normal, et ce qu'on avait pris pour lui était un sac à parois épaisses *avec l'utérus inclus dans sa paroi antérieure*.

Le sac sectionné laissa échapper un liquide gélatineux, épais, opalescent, avec des membranes parcheminées. Aucun vestige de fœtus. La paroi interne était blanchâtre et lisse. Un comité fut chargé d'en faire l'examen et fournit un long rapport.

Le kyste avait séparé entièrement les feuillets du ligament large gauche et pénétré dans la partie inférieure du ligament large droit.

La paroi du kyste était composée d'une couche externe fibreuse, une couche moyenne de fibres musculaires bien développées et une couche interne de nature conjonctive.

Le comité ne se prononça point, mais Bland-Sutton se croit en droit de conclure, des détails cliniques, anatomiques et histologiques, qu'il s'agissait *d'un kyste hydatique dégénéré ou stérile du ligament large*.

Observation LXIV

Tableau emprunté à la thèse de Villard

AUTEURS	AGE	ORIGINE ET SIÈGE DU KYSTE	
Basset.....	30 ans	ovaire	*Bull. de la Soc. anat.*, 1832.
Dubois et			*Revue médicale*, 1838.
Boivin...	?	id.	*Trans. of. Path. Soc.*, 1854.
Obre......	?	tissu s.-péritonéal	*Mém. Soc. de Biologie*, t. IV.
Charcot....	?	id.	*Mém. Soc. de Biologie*, 1856.
Leudet	72	id.	*Trans. méd. chirurg.*, 1817.
Park	?	id.	*C. R. Société de Biologie*,
Blot.......	24	clois. r°-vaginale	1859.
Roux	38	id.	*Journ. de méd. de Sédillot*, 1828.
Barré.....	30	id.	*Bull. de la Soc. anat.*, 1828.
Turner ...	29	tissu s. péritonéal	*Bull. gén. de thérap.*, 1848.
Trousseau.	19	?	*Clin. méd. de l'Hôtel-Dieu*, t. III.
Bernutz...	?	?	*Dict. de méd. et de chir. prat.*, art. Hématocèle.

Conclusions

I. Les kystes hydatiques de la cavité pelvienne constituent une affection très rare.

II. La plupart naissent dans le tissu sous-séreux, mais il en est un certain nombre qui ont pour point de départ un des organes du petit bassin : ovaires, trompes, utérus.

III. Il n'existe pas de signe caractéristique distinguant ces tumeurs. Le diagnostic en est très difficile. Le frémissement hydatique n'a été constaté que rarement. La ponction qui pourrait être très utile est trop dangereuse pour qu'il soit permis d'y recourir comme moyen de diagnostic.

IV. L'évolution est lente, mais la tumeur augmente toujours progressivement.

V. Les kystes hydatiques du basssin sont souvent une cause sérieuse de dystocie.

VI. L'intervention de choix est la laparotomie, sauf en cas de grossesse, où il faudra se borner à la ponction, à l'incision par le cul-de-sac vaginal, ou à l'opération césarienne sans toucher à la tumeur.

VII. Le pronostic opératoire est à réserver en raison des difficultés de l'ablation rendue le plus souvent très pénible par les adhérences unissant la tumeur aux organes voisins.

Index Bibliographique

TRAVAUX ORIGINAUX

VILLARD. — Ann. Gynécol. 1898, des kystes hydatiques du petit bassin de la femme.
PORAK. — Kystes hydatiques au point de vue de la dystocie; Gazette hebdomadaire 1884.
BRÖSE. — Thèse de Göttingen 1882.
FREUND. — Clinique gynécologique 1880.

OBSERVATIONS ET COMMUNICATIONS

Ovaires.

BASSET. — Bull. Soc. Anatomique 1832.
DUBOIS. — Revue Médicale 1838.
L. TAIT — Traité des maladies des ovaires.
BLAND SUTTON. — Surgical diseases of the ovaries, Londres 1891.
THIÉRY. — Soc. Anatomique 1889.
SCHERENBERG. — Wirchowsarchiv, vol. 46.
SPREGELBERG. — Arch. f. gynecol.
NEWMANN. — Hansat. of the obstetrical Soc. London.
KUTHE. — Thèse de Halle 1881.

Trompes.

DOLERIS. — Bulletin Soc. gynécol. 1896.
BENOIT. — Bulletin Soc. Anatomique 1896.

Utérus.

TISSIER. — Bulletin Soc. gynécol. 1897.
PUCHELT. — Museum Société Suisse.
BIRNBAUN. — Monaschrift, t. XXVI.
VIENER. — Arch. f. gynecol., t. II.
KUCHENMEISTER. — Hirchfeldts Lehrbuch, der Pat. Anat., Leipzig. 1875.

PENTOS-PASELLA. — Conadi, di ost. dell. Italia, p. 1524.
BRILL. — Centr. blatt. fur. gyn. 1882.

Vagin.

DOLERIS. — In mém. Porak.
PORAK. — Gaz. hebd. 1884.

Cavité.

SPATH. — Vienne 1864, bulletin municipal de statistique.
SCHMID. — Deutch. med. woch. 1891.
VALLACE. — Soc. méd. de Cardif 1891.
BAUTACK. — Brith. med. 1889.
POTTOKI. — Progrès médical 1886.
THIÉRY. — Soc. anatomique 1889.
GUÊNIOT. — Bulletin thérapeutique 1866.
BOUILLY. — Soc. chirurgie 1887.
AUVARD. — Journal des sages-femmes 1887.
REIN. — Soc. méd. de Kiew 1866.
MARTIN. — Soc. gyn. Berlin 1889.
TILLAUX. — Soc. chirurgic. 1887.
PÉAN et SECHEYRON. — Congrès Toulouse 1887.

LILLE. — Imp. LE BIGOT Frères.